

Mixed Delivery कार्यक्रम: फैमिली स्क्रीनर फ़ॉर्म

Mixed Delivery कार्यक्रम योग्य शिशुओं, बच्चों और प्रीस्कूल के बच्चों को साल भर के लिए पूरे-पूरे दिन प्रारंभिक बाल देखभाल और शिक्षा सेवाओं के लिए सार्वजनिक वित्त पोषण प्रदान करता है। **इच्छुक परिवारों को प्रोत्साहित किया जाता है कि इस फ़ॉर्म को ऑनलाइन पूरा करने के लिए इस लिंक (https://bit.ly/MD_Family_Screener) का उपयोग करें।** यदि सर्वेक्षण ऑनलाइन पूरा नहीं किया जा सकता है, तो इस pdf फ़ॉर्म को पूरा करें और इसे CapitalAreaMD@fairfaxcounty.gov पर ईमेल करें

बच्चे और उसके परिवार की जानकारी

बच्चे का पहला नाम: _____ बच्चे का आखिरी नाम: _____

बच्चे की जन्म तिथि: _____

माता-पिता/अभिभावक का पहला नाम: _____ माता-पिता/अभिभावक का आखिरी नाम: _____

माता-पिता/अभिभावक का ईमेल: _____ माता-पिता/अभिभावक का फ़ोन नंबर: _____

घर में बोली जानेवाली भाषा: _____ परिवार का ज़िप कोड: _____ (जहाँ परिवार वर्तमान में रहता है, वहाँ का ज़िप कोड दर्ज करें। केवल Virginia के निवासी Mixed Delivery कार्यक्रम में भाग ले सकते हैं।)

बच्चे के साथ परिवार के कितने सदस्य घर में रहते हैं? _____

कर देने से पहले, परिवार की कुल वार्षिक आय (सकल आय) क्या है? \$ _____

MIXED DELIVERY के लिए परिवार/बच्चे का योग्यता मानदंड

लागू होने वाले सभी विकल्पों को चुनें:

☐ परिवार को SNAP, Medicaid, SSI, WIC या TANF से लाभ प्राप्त होता है।

☐ परिवार बेघर है।

☐ माता-पिता/अभिभावक ने हाई स्कूल पूरा नहीं किया है।

☐ अकेले वित्तीय ज़िम्मेदारी उठाने वाले एकल माता-पिता/अभिभावक।

☐ माता-पिता/अभिभावक या बच्चा घरेलू हिंसा का शिकार है/था।

☐ माता-पिता में से कोई एक मृत है।

☐ माता-पिता/अभिभावक या भाई-बहन में से किसी एक को कोई गंभीर अपंगता है।

☐ माता-पिता में से किसी एक को जेल हुई है/थी।

☐ बच्चे के माता-पिता किशोर माता-पिता हैं/थे।

☐ बच्चे के अपंग होने का संदेह है या उसकी अपंगता की पहचान हो चुकी है या उसे प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाएँ मिल रही हैं।

☐ बच्चा फ़ौस्टर केयर में है।

☐ बच्चे की देखभाल माता-पिता की जगह किसी अन्य व्यक्ति द्वारा की जा रही है।

☐ उपर्युक्त में से कोई भी नहीं।

परिवार की ज़रूरतों और पसंद के आधार पर निम्नलिखित को पूरा करें

कुछ समय के लिए बच्चे की देखभाल का मतलब है, एक परिवार हफ्ते के सिर्फ कुछ दिनों, महीने के सिर्फ कुछ हफ्तों या आधे दिन के लिए बच्चे की देखभाल करवाना चाहता है।

पूरे समय के लिए बच्चे की देखभाल का मतलब है, एक परिवार स्कूल के पूरे साल के दौरान हर हफ्ते, हर दिन, पूरे-पूरे दिन के लिए और गर्मियों की छुट्टियों सहित बच्चे की देखभाल करवाना चाहता है।

बच्चे की देखभाल के लिए पसंदीदा समय (पूरे समय या कुछ समय के लिए): ☐ कुछ समय के लिए ☐ पूरे समय के लिए बच्चे की देखभाल

बच्चे की देखभाल के लिए पसंदीदा सेटिंग (केंद्र या परिवारिक देखभाल होम): ☐ केंद्र-आधारित कार्यक्रम ☐ बच्चे की देखभाल के लिए पारिवारिक देखभाल कार्यक्रम

बच्चे की देखभाल के लिए पसंदीदा जगह (शहर, क्षेत्र, या ज़िप कोड): _____

क्या परिवार ने कोई प्रारंभिक बचपन कार्यक्रम चुना है, जिसमें उन्हें रुचि हो?

☐ हाँ। परिवार ने प्रारंभिक बचपन कार्यक्रम चुन लिया है।

☐ नहीं। परिवार को अधिक जानकारी की आवश्यकता है।

पसंदीदा प्रारंभिक बचपन कार्यक्रम(मों) के नाम: _____

क्या परिवार को किसी भी भाषा में दुभाषी सेवा की आवश्यकता है? ☐ हाँ ☐ नहीं कौन-सी भाषा में: _____

फ़ॉर्म भरने वाले व्यक्ति का नाम: _____

भूमिका या बच्चे से संबंध: _____

यदि आप कर्मचारी हैं, तो कृपया प्रारंभिक बचपन कार्यक्रम का नाम प्रदान करें: _____

आज की तारीख: _____

निम्नलिखित स्वीकृतियाँ परिवार से अनुमति माँगने के लिए हैं

यह फ़ॉर्म, यदि सबमिट किया जाता है, तो Mixed Delivery विशेषज्ञ, क्षेत्रीय समन्वित नामांकन कर्मचारियों और प्रारंभिक बचपन कार्यक्रमों की निम्नलिखित में मदद करेगा:

(1) एक Mixed Delivery प्रतीक्षा सूची बनाने, योग्यता का निर्णय करने के लिए परिवारों से संपर्क करने, और परिवार द्वारा अधिकृत होने पर Mixed Delivery कार्यक्रम में नामांकन में सहायता करने के लिए।

(2) अन्य सार्वजनिक वित्त पोषित प्रारंभिक बचपन कार्यक्रमों और एजेंसियों, जैसे Head Start, Early Head Start, CCAR, Virginia Preschool Initiative (VPI), और Virginia Early Childhood Foundation (VECF), के साथ जानकारी साझा करने के लिए। यह बाल देखभाल प्रतीक्षा की एक अखंड सूची बनाएगा और परिवार द्वारा अधिकृत होने पर बच्चों के लिए सस्ती देखभाल ढूँढ़ने में उनकी मदद करेगा।

(3) हमारे समुदाय में Mixed Delivery प्रारंभिक बचपन कार्यक्रमों के साथ जानकारी साझा करने के लिए ताकि ये कार्यक्रम परिवार द्वारा अधिकृत होने पर नामांकन का समर्थन करने के लिए परिवारों से संपर्क कर सकें।

स्वीकृति 1 परिवार की पसंद इंगित करने के लिए किसी एक को चुनें:

☐ मैं चाहता हूँ कि मेरे बच्चे को क्षेत्रीय और राज्य Mixed Delivery प्रतीक्षा सूची में रखा जाए।

☐ मैं चाहता हूँ कि मेरे बच्चे को सिर्फ क्षेत्रीय Mixed Delivery प्रतीक्षा सूची में रखा जाए।

स्वीकृति 2 मैं समझता/ती हूँ कि इस प्रतीक्षा सूची की जानकारी अन्य प्रारंभिक बचपन कार्यक्रमों के साथ साझा की जा सकती है और मेरे परिवार की आवश्यकताओं, प्राथमिकताओं और योग्यता के आधार पर बाल देखभाल कार्यक्रम में मेरे बच्चे के नामांकन का समर्थन करेगी।

☐ मैं अपनी जानकारी को अन्य सार्वजनिक वित्त पोषित प्रारंभिक बचपन कार्यक्रमों के साथ साझा करने और इसे क्षेत्र के बच्चों की देखभाल के लिए एकीकृत प्रतीक्षा सूची में जोड़े जाने के लिए सहमत हूँ।

☐ मैं अपनी जानकारी अन्य कार्यक्रमों के साथ साझा नहीं करना चाहता और इसे बच्चों की देखभाल के लिए एकीकृत सूची में नहीं जोड़ा चाहता।

स्वीकृति 3 मैं समझता/ती हूँ कि इस फ़ॉर्म को जमा करने के बाद Mixed Delivery विशेषज्ञ या प्रारंभिक बचपन कार्यक्रम के कर्मचारी मुझसे संपर्क करेंगे और बच्चों के देखभाल कार्यक्रम के लिए मेरी योग्यता तय करेंगे और इसमें नामांकन कराने के लिए मेरी सहायता करेंगे। मैं यह भी समझता/ती हूँ कि इस फ़ॉर्म को जमा करने से यह गारंटी नहीं मिलती है कि मेरा बच्चा Mixed Delivery सेवाओं के लिए योग्य होगा।

☐ हाँ, मैं समझता/ती हूँ और संपर्क किए जाने के लिए सहमत हूँ।

Mixed Delivery पारिवारिक हित एवं स्क्रीनर फ़ॉर्म को पूरा करने के लिए धन्यवाद। कृपया भरे हुए फ़ॉर्म को

CapitalAreaMD@fairfaxcounty.gov पर ईमेल करें। जैसे-जैसे स्लॉट उपलब्ध होंगे, प्रतीक्षा सूची में योग्य बच्चे Mixed Delivery कार्यक्रम के ये स्लॉट भरेंगे। फिर Mixed Delivery विशेषज्ञ या प्रारंभिक बचपन कार्यक्रम स्टाफ़ परिवार से संपर्क करेगा।

यह जानकारी गोपनीय और सुरक्षित रूप से रखी जाती है।

3/2025